

Schadenmeldung Haftpflicht

| <input type="checkbox"/> PHV | <input type="checkbox"/> Tierhalter | <input type="checkbox"/> Haus/ Grundstück | <input type="checkbox"/> Betrieb | <input type="checkbox"/> Sonstige Risikobezeichnung |
|---|--|---|--|---|
| Versicherer | | | | |
| | VS-Nr. | Schaden-Nr. | Datum | |
| VN | Name und Anschrift des Versicherungsnehmers | | Telefon | |
| | Konto-Nr. | bei | BLZ | |
| Anspruchsteller | Name und Anschrift | | Telefon/ Fax | |
| | Konto-Nr. | Bei | <input type="checkbox"/> Vorsteuerabzugsberechtigt BLZ | |
| | Verwandtschaftsverhältnis mit VN <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häusliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | <input type="checkbox"/> Leihe <input type="checkbox"/> Pacht <input type="checkbox"/> Miete | <input type="checkbox"/> Besonderer Verwahrungsvermerk <input type="checkbox"/> Verbotene Eigenmacht <input type="checkbox"/> Bearbeitungsschaden |
| | Schaden verursacht durch <input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> betriebl. Mitarbeiter des VN | | <input type="checkbox"/> ein Tier, Art Zweck der Haltung | <input type="checkbox"/> Kind, Name Schule/ Ausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Name | | <input type="checkbox"/> Arbeitsmaschine | Verheiratet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Alter |
| Schadentag/-ort Polizei/ Zeugen | Schadentag | Uhrzeit | Schadenort (PLZ, Str. Haus-Nr.) | |
| | Polizeidienststelle/ Tagebuchnr. | | Zeugen (Name, Anschrift) | |
| Schilderung des Schadenhergangs | | | | |
| Schadenumfang | Sind bereits Ansprüche gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Name des Eigentümers | Zu besichtigen bei |
| | Bei Sachschaden, was wurde beschädigt? | | Tel./ Fax | |
| | Personenschäden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Wer ist verletzt? | Art der Verletzung |
| Hinweise/ weitere Veranlassungen | | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers | | | |